

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° ~~110~~ 99

Contribution à l'Étude

DE LA

HERNIE INGUINO-INTERSTITIELLE

CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 25 juillet 1910

PAR

JEAN CRISTINI

Né à Ile-Rousse (Corse), le 28 janvier 1883

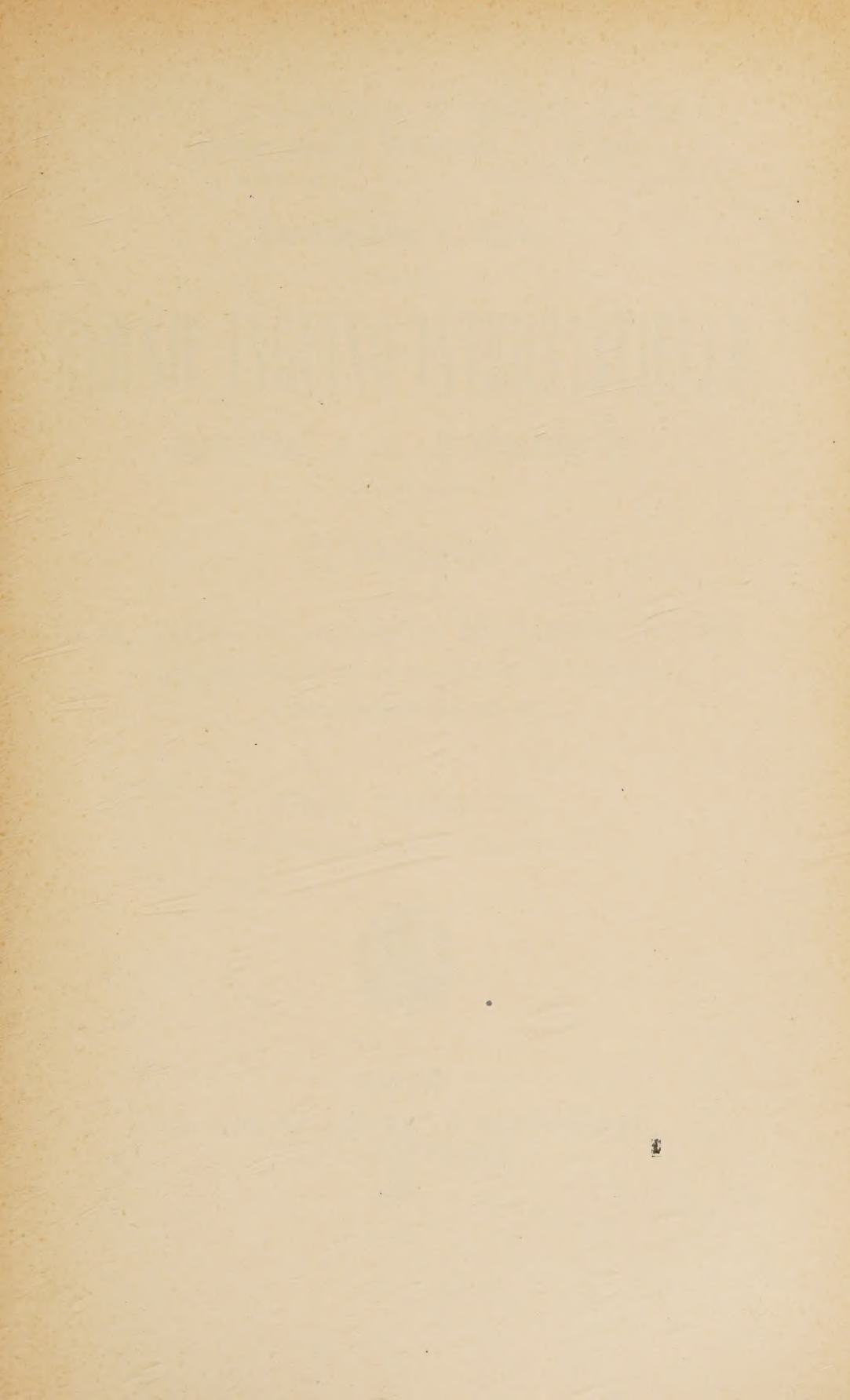


LYON

IMPRIMERIE DUSSERT & GRENOUILLAT

9, rue Jean-de-Tournes, 9

—
1910



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1909-1910. — N° ~~140~~ 99

Contribution à l'Étude

DE LA

HERNIE INGUINO-INTERSTITIELLE

CHEZ LA FEMME

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

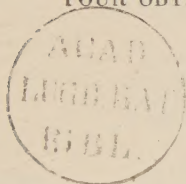
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 25 juillet 1910

PAR

JEAN CRISTINI

Né à Ile-Rousse (Corse), le 28 janvier 1883



LYON

IMPRIMERIE DUSSERT & GRENOUILLAT

9, rue Jean-de-Tournes, 9

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN.
J. COURMONT. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	BARD
Clinique ophtalmologique.		PONCET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	}	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants	}	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie		POLLOSSON A)
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie.		MOREL.
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique.		MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.		COLLET.
Médecine légale		PAVIOI.
Hygiène.		POLLOSSON (M.
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONJAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND	—
Accouchements.	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	REGAUD.	J. LEPINE.	LATARJET ch..
COURMONT (P.).	COMMANDEUR.	LESIEUR.	BÉRIEL ch...
CHATIN.	GAYET.	MARTIN (Etienne)	BRETIN ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	THÉVENOT, ch..
TIXIER.	PATEL.	VORON.	
		NOGIER.	

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, Président; VALLAS, Assesseur;
COMMANDEUR et PATEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MA FAMILLE

Hommage de respect, de reconnaissance et d'affection



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON

INTRODUCTION

L'idée de ce travail est due à MM. les professeurs agrégés Bérard et Patel, étant donné la rareté de la hernie inguino-interstitielle chez la femme, il nous a paru intéressant d'en rechercher les observations parues dans la littérature médicale et d'en ajouter trois autres, étudiées par MM. Bérard et Patel, dont deux publiées par le *Lyon chirurgical*, en août 1909, au cours d'un travail de MM. Bérard et Stéfani, la troisième inédite.

La hernie inguino-interstitielle ne diffère pas essentiellement chez la femme, de ce qu'elle est chez l'homme, mais il nous a semblé que son étude chez la femme se prêtait à des considérations anatomo-cliniques particulières ; c'est pourquoi nous avons donné à l'anatomie pathologique et à la pathogénie la place principale.

Nous nous sommes bornés, pour le reste, à condenser en quelques lignes l'histoire clinique de cette curieuse variété de hernie et à montrer combien il

est important de l'opérer de bonne heure si on veut éviter des accidents graves d'étranglement auxquels elle donne lieu trop souvent.

Avant d'aller plus loin, qu'il me soit permis de remercier M. le professeur Pollosson du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous exprimons aussi nos respectueux remerciements à MM. les professeurs agrégés Bérard, Tixier et Patel, qui ont bien voulu composer notre jury.

Il me reste, enfin, à remercier mon excellent et vieil ami le docteur Stéfani de sa collaboration précieuse à notre travail, nous tenons à l'assurer ici de notre amitié qui durera, nous l'espérons, inaltérable.

CHAPITRE PREMIER

Historique

La hernie inguino-interstitielle a été étudiée pour la première fois, en France, vers la fin du XVIII^e siècle. *J.-L. Petit* disait dans son *Traité des maladies chirurgicales* :

« J'ai vu plusieurs hernies situées sous l'aponévrose du grand oblique, de sorte que les parties, après avoir poussé le péritoine au-delà du muscle transverse et de l'oblique interne, n'ayant pu forcer l'anneau de l'oblique externe, s'étaient réfféchies entre cette aponévrose et l'oblique interne, et y formaient une tumeur large et plate que je réduisais assez facilement, et que le malade me dit avoir réduit lui-même plus de cent fois depuis dix ans qu'il en était affligé » (T. II, p. 247).

Murray et *Lecat* publient des observations de hernies inguino-interstitielles ; pour *Lecat*, cette variété de hernie serait d'origine congénitale.

Cooper décrit une variété de hernie, qui se développe dans le trajet du canal inguinal sans dépasser l'anneau du grand oblique.

Scarpa (1813) publie une observation très nette de cette variété de hernie.

Jobert de Lamballe et *Velpeau* insistent sur le siège et les symptômes, décrivent quatre variétés distinctes de hernie inguinale incomplète, dont une espèce remonte « dans l'épaisseur des parois du ventre ».

Hesselbach en cite un exemple recueilli chez une femme,

Dance décrit, dans sa thèse, la hernie intrapariétale.

A la même époque, *Goyrand d'Aix* adressait à l'Académie de Médecine un mémoire sur la hernie inguino-interstitielle, dont il fixait définitivement les caractères anatomiques et cliniques.

Tillaux (1871) exposa, avec beaucoup de clarté, la nature de cette affection ; il établit l'autonomie de la hernie inguino-interstitielle avec ses symptômes et son allure spéciale.

Auvray, en 1900, publie le premier travail d'ensemble, à propos de cette variété de hernie chez la femme.

Berger (1902) publie une étude très documentée et très complète de la question dans la *Revue de Chirurgie*.

Rudolf Goebell (1906), dans son Mémoire, fait de la hernie inguino-interstitielle une variété des hernies intra-pariétales, les deux autres variétés étant

représentées par la variété propéritonéale d'une part, et la variété inguino-superficielle de l'autre.

Des observations de hernie inguino-interstitielle ont été rapportées en assez grand nombre, ce sont surtout des observations de sujets masculins, mais ces observations de hernies chez la femme sont rares, et cette variété a été peu étudiée.

Hesselbach, Velpeau, Goyrand, Luke, Faucon Paul, Auvray, Berger, en rapportent seuls quelques cas.

Aux observations réunies par Auvray qui sont au nombre de 14, nous avons ajouté celles recueillies par nous dans la littérature médicale qui portent au nombre de vingt-huit les observations aujourd'hui connues de hernie inguino-interstitielle chez la femme.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique

La hernie inguino-interstitielle, déjà rare chez l'homme, est plus rare encore chez la femme.

Il en existe deux variétés analogues pour les deux sexes.

La première est la hernie *inguino-interstitielle simple* (fig. 1 et 2), formée d'un sac *unique* situé dans l'épaisseur de la paroi abdominale dédoublée, et qu'on perçoit au-dessus de l'arcade crurale.

Le collet du sac répond à la fossette inguinale externe, et traverse l'anneau inguinal profond ; celui-ci est le siège de modifications intéressantes ; il est, en effet, élargi, très dilaté, comme dans l'observation de Bérard et Stéfani, où il admettait facilement « les extrémités réunies de l'index et du médius ».

Pour (Maynardt, Smith, Lockwoodd) il serait en

même temps beaucoup plus haut et plus en dehors que normalement.

Auvray partage cette opinion, et attribue à ce fait son erreur de diagnostic (*Gaz. hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1900), qui lui fit croire chez sa malade « une invagination iléo-cœcale.

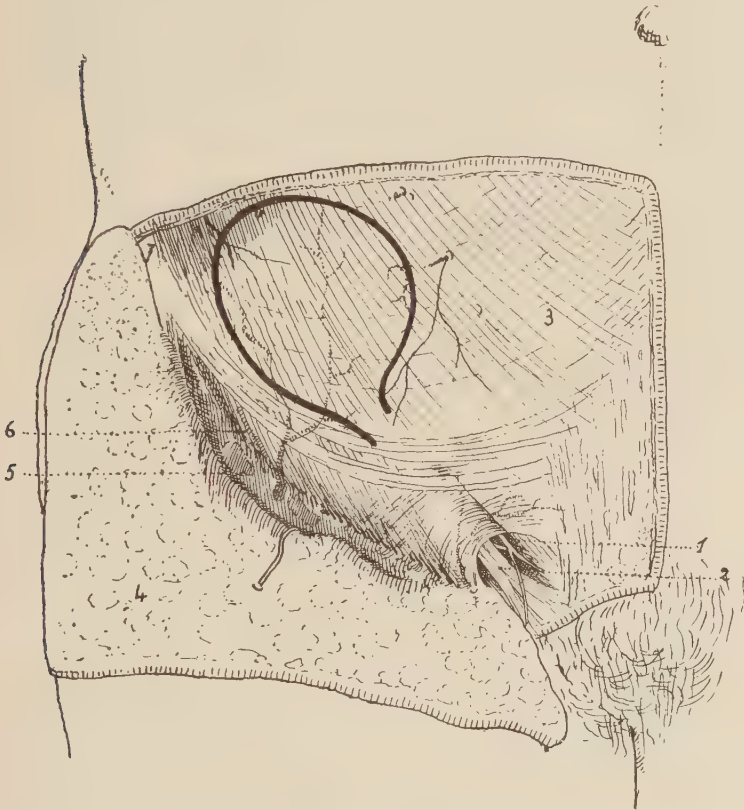


Fig. I. — Hernie inguino-interstitielle Projection du sac sur l'aponévrose du grand oblique. Le collet répond à l'orifice inguinal profond. (d'après Bérard et Stefani).

1. — Orifice inguinal externe. — 2. ligament rond. — 3. aponévrose en grand oblique. — 4. peau et tissu cellulaire sous cutanés en bas. — 5. fascia cribiformis. — 6. arcade de Fallope. — 7. épine iliaque antéro-supérieur.



Fig. 2. (Schématique). — Hernie inguino-interstitielle simple, la flèche indique le trajet de la hernie inguinale commune (d'après Bérard et Stéfani).

1. Péritoine. — 2. Orifice inguinal profond. — 3. Artère épigastrique. — 4. Tendon conjoint. — 5. Muscle grand droit. — 6. Muscle pyramidal. — 7. Fascia transversalis. — 8. Muscle transverse. — 9. Muscle petit oblique. — 10. Sac inter-pariétal. — 11. Epine iliaque intéro-supérieur. — 12. Muscle grand oblique.



Fig. 3. — (Schématique) (d'après Bérard et Stéfani).

Hernie inguino-interstitielle en bissac. — De 1 à 12 même légende que pour figure 2. — 2 à 13. Sac labial. — 14. Vestibule herniaire.

Goyrand a montré que, dans certains cas, la hernie peut sortir par la fossette inguinale moyenne ou même par la fossette inguinale interne ; on l'a même vue sortir à travers une perforation du *fascia transversalis*, en dehors et au-dessus du canal inguinal.

La cavité paraît être formée d'une partie interne, correspondant au trajet inguinal, d'une autre partie remontant en haut et en dehors de l'orifice inguinal profond vers l'E. I. A. S.

« Il semble, dit Berger, que la hernie inguino-interstitielle ait tendance à pousser dans les deux sens à la fois ; d'une part elle descend dans la direction du trajet inguinal, en bas et en dedans,

en glissant le long de l'arcade de Fallope, de l'autre elle remonte vers l'E. I. A. S., en haut et en dehors vers l'orifice inguinal profond ».

Ce sac, qui s'est créé une loge artificielle dans l'interstice de la paroi abdominale, repose en bas sur l'arcade de Fallope ; il est en rapport en avant avec l'aponévrose du grand oblique, en arrière, avec le petit oblique ou le transverse.

D'après Goyrand, la hernie, au lieu de contourner le bord inférieur des muscles transverses et petit oblique, peut dissocier les faisceaux de ce dernier et arriver derrière l'aponévrose du grand oblique.

Une autre disposition curieuse a été observée par Golding-Bird, qui a vu la hernie franchir secondairement l'aponévrose du grand oblique et venir se placer superficiellement sous la peau, donnant ainsi une véritable hernie « en bouton de chemise ».

Elle peut être aussi fréquente à gauche qu'à droite et de volume variable.

Le sac est matelassé d'une couche de graisse surtout dans les hernies anciennes. Cette particularité méritait d'être signalée, car c'est à elle que l'on doit l'état de conservation de l'anse étranglée, comme dans l'observation de Bérard et Stéfani.

La deuxième variété ou *hernie inguino-intersti-tielle au bissac* diffère de la précédente par la présence d'un second sac qui, à travers l'anneau inguinal externe, ou à travers une ouverture en tenant lieu, descend vers la grande lèvre, où il peut faire une saillie appréciable.

Il y a donc deux sacs, l'un intra-pariétal, l'autre labial, communiquant entre eux au voisinage d'un collet commun par un véritable carrefour.

Quant au contenu c'est généralement de l'intestin grêle avec de l'épiploon.

Tubby cite un cas de hernie de l'ovaire et de la trompe situés entre le petit oblique et le transverse en dehors de l'anneau inguinal profond.

Théas rapporte un cas analogue de hernie de la trompe et de l'ovaire droit chez une fillette de quatre mois.

CHAPITRE III

Observations de hernies inguino-interstitielles simples

OBSERVATION I

VELPEAU (*Gaz des Hôpitaux* 1841)

F..., 63 ans. Signes d'étranglement. Tumeur circonscrite du volume d'un œuf se perdant dans l'épaisseur de la paroi abdominale sans descendre du côté de l'aîne. Opération. Permet de découvrir une tumeur qui repoussait au devant d'elle l'aponévrose du grand oblique nullement altérée. Velpeau conclut à une hernie interstitielle telle que celle qui a été décrite par Goyrand d'Aix. — Mort.

OBSERVATION II

GOYRAND (*Clinique chirurgicale*, Paris 1870)

F..., 65 ans. Signes d'étranglement. Tumeur herniaire ovoïde située au dessus du ligament de Fallope à grand diamètre oblique dans le sens du canal inguinal. Opération : incision à la peau et à l'aponévrose du grand oblique suivant le grand axe de la tumeur. On lève l'étranglement qui siège au niveau de l'anneau profond. Guérison

OBSERVATION III

LUKE (Cas de hernie ascendante. — *London med. Gaz.* 1850).

F..., 60 ans. Symptômes d'obstruction intestinale. On sent dans la paroi abdominale une tumeur mal définie, arrondie,

douloureuse à la pression, fuyant profondément, en même temps que la paroi, située en dehors du point occupé par l'anneau inguinal profond. Opération. Guérison.

OBSERVATION IV

LUKE

F..., 50 ans. Hernie étranglée, inguino-interstitielle. Opération. Guérison. (L'auteur ne donne pas d'autres détails).

OBSERVATION V

FAUCON.— (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique* 1882).

F..., 29 ans. Accidents d'étranglements. Tumeur du volume d'un œuf de poule, qui n'a pas franchi l'anneau externe et remonte dans la paroi abdominale, à cheval sur l'arcade de Fallope. L'auteur signale un anneau profond, plus rapproché que d'ordinaire de l'épine éliaque.

Diagnostic. Hernie inguino-interstitielle.

Taxis. Réduction. Guérison.

OBSERVATION VI

BLAND-SUTTON. — (*Médecine moderne* 1896).

F..., 30 ans. Tuméfaction irréductible de la région inguinale gauche; aucune hernie ne fait issue à travers l'anneau externe.

Opération. Cure radicale. Après incision de l'aponévrose du grand oblique, on trouve un sac herniaire occupant l'épaisseur de la paroi abdominale. Extirpation du sac et reconstitution des divers plans de la paroi. (L'auteur fait remarquer que cette variété de hernie est très rare chez la femme).

OBSERVATION VII

RIVET (*Gazette méd. Nantes*, 1877)

F..., 40 ans. Signes d'occlusion. L'inspection des anneaux herniaires ne fournit aucun renseignement. A l'œil aucune différence des régions inguinales droite et gauche.

Au palper on découvre à gauche au dessus et parallèle à l'arcade crurale, une tuméfaction dure, allongée, terminée en pointe au niveau de l'E.I.A.S. La malade ayant parlé vaguement d'une tumeur qu'elle avait dans l'aîne, autrefois, on songe à une hernie propéritonéale. Opération : il s'agit d'une hernie épanouie entre les plans de la paroi abdominale. On lève l'étranglement, et on fait la cure radicale.

OBSERVATION VIII

TUBBY (*Britsh. méd. Jour.*)

F..., 4 mois. Dans la paroi à gauche tumeur irréductible inégale, granuleuse, qui augmente pendant les efforts. Opération : la tumeur siège entre le petit oblique et le transverse : elle est formée d'un kyste irrégulier sous la face inférieure duquel, on trouve une portion du tissu ovarien sain.

Un pédicule se détache de ce kyste et gagne l'abdomen; il est constitué par la trompe. Les viscères herniés étaient situés dans la paroi abdominale en dehors de l'anneau inguinal profond. Mort.

OBSERVATION IX

(AUVRAY. — *Gaz. hebd. de Méd. et de Chir.*, 1900)

Hernie inguino-intertitielle simple. — Opération. — Mort.

Lucie V..., 45 ans, a été reçue d'urgence à l'hôpital de la Charité, le 10 janvier 1899 pour des accidents aigus d'occlusion intestinale. Ces accidents qui remontaient à 3 jours, se manifestaient par une constipation absolue, l'absence de gaz

émis par l'anus, des vomissements qui d'abord bilieux étaient devenus fécaloïdes.

La température était au-dessous de la normale, le pouls petit et rapide (100 à 120 pulsations), les extrémités froides, les yeux excavés cerclés de noir ; il y avait du hoquet. Le ventre était météorisé douloureux, et au niveau de la fosse iliaque droite, immédiatement au-dessus de l'arcade de Fallope, on percevait à la palpation, l'existence d'une tumeur assez régulière, de consistance ferme présentant à peu près le volume d'une orange. Cette tumeur paraissait située, derrière la paroi abdominale, dans la région cœcale : je m'étais préoccupé de l'état des anneaux herniaires, sans rien constater d'anormal soit du côté du canal inguinal soit du côté de l'anneau crural ; la malade interrogée soigneusement, à ce point de vue niait tout antécédent de hernie. En présence de ces déclarations très nettes, en présence aussi du siège élevé qu'occupait la tumeur au niveau de la fosse iliaque, je conclus à l'existence d'une occlusion liée à une invagination iléo-cœcale, ou à un néoplasme du cœcum.

L'état de la malade était très grave, l'opération fut pratiquée 2 heures après l'admission à l'hôpital.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide séreux peu peu abondant. L'intestin est, rouge congestionné à la surface très distendu par les gaz. En pratiquant le dévidement de l'intestin, il devient bientôt impossible de l'attirer dans la plaie, je sens qu'il est fixé profondément.

La main gauche est conduite dans la cavité abdominale, en suivant l'intestin non dans la fosse iliaque droite vers le cœcum dans le point où nous supposions trouver la lésion, mais vers le paroi abdominale à droite vers l'orifice inguinal profond, l'index gauche peut être introduit dans un anneau très serré, dans lequel pénètre l'anse intestinale distendue et d'où sort une portion d'intestin aplatie.

On se trouve donc en présence d'un étranglement herniaire méconnu.

La tumeur tendue formée par l'intestin, siège non dans la fosse iliaque, mais dans l'épaisseur de la paroi abdominale au dessus de l'arcade crurale et, elle est en rapport direct profondément avec la fosse iliaque droite. Je me décide alors à faire une incision latérale parallèle à l'arcade, directement sur la tumeur, d'inciser successivement la peau, le tissu graisseux sous-cutané formant une couche épaisse, puis l'aponévrose du grand oblique ; la masse intestinale herniée, siège entre cette aponévrose et le muscle petit oblique. J'incise le sac, il s'en écoule un liquide séreux, roussâtre ; l'intestin contenu dans son intérieur est en mauvais état, noirâtre, épaissi, recouvert par places de fausses membranes. Je lève l'étranglement, qui siège au collet du sac, au niveau de l'anneau inguinal profond ; puis j'attire au dehors l'anse herniée pour la mieux examiner ; je la lave à l'eau très chaude, elle se laisse distendre petit à petit, elle perd sa coloration brun noirâtre pour prendre une teinte plus rouge, il semble que la circulation s'y rétablit.

J'attends encore quelques instants et ne réduis l'anse intestinale qu'après avoir placé quelques points de suture à soie sur un point de l'intestin qui répondait à l'anneau d'étranglement et où la paroi amincie me semblait menacée de perforation. La portion d'intestins herniée mesurait environ 12 centimètres de longueur. Je pratique ensuite la dissection du sac sans difficulté et je poursuis son pédicule jusqu'à l'anneau inguinal profond.

Ce pédicule ne passe pas au dessous de l'anse à concavité inférieure formée par le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse au niveau du canal inguinal.

Je peux constater très nettement qu'il perfore ces muscles directement d'arrière en avant et qu'il est entouré à leur niveau par un véritable anneau musculaire.

Le sac extirpé, son collet oblitéré par un fil à ligature, je ferme successivement l'anneau fibreux profond. Qui répond à l'orifice inguinal profond, puis par un second plan de suture l'orifice musculaire des muscles transverse et petit

oblique ; enfin par un troisième plan, l'aponévrose du grand oblique. Je termine enfin par la suture de la peau.

La malade mourut, 6 jours après l'opération, de péritonite consécutive à la perforation d'un point gangréné de l'intestin.

L'autopsie me permit de constater les particularités suivantes : l'anneau inguinal profond était situé plus haut et plus en dehors qu'il ne l'est normalement : l'orifice externe du canal inguinal était très étroit, et enfin derrière lui dans le canal inguinal existait un gros peloton adipeux qui le bouchait hermétiquement. Je crus d'abord à un lipome accolé au ligament rond l'examen histologique a permis de constater qu'il s'agissait d'une simple boule graisseuse.

OBSERVATION X

BERGER (*Revue de chirurgie*), 1902

Femme de 22 ans, hernie volumineuse s'élevant assez haut au-dessus de la partie moyenne de l'arcade : l'anneau externe n'est pas ouvert, l'orifice herniaire est situé très en dehors.

OBSERVATION XI

Femme de 45 ans, énorme, hernie gauche grosse comme une tête d'adulte à grand axe parallèle à l'arcade de Talope, développée vers l'âge de vingt-cinq ans. On sent profondément une vaste fente située très haut et très en dehors au-dessus de l'arcade, où le doigt pénètre. La hernie est douloureuse et donne des coliques fréquentes.

OBSERVATION XII

Femme de soixante-trois ans. Il existe une petite hernie inguino-pubienne à gauche ; à droite toute l'âme est occupée par une hernie plus grosse qu'un œuf d'autruche, qui occupe toute la partie correspondante, à la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope, elle est souple, réduc-

tible, mais donne lieu souvent à des coliques, qui s'accompagnent de vomissements. La paroi antérieure de la hernie est tellement amincie que celle-ci paraît sous-cutanée.

L'orifice par où elle sort est une fente oblique, siégeant à un travers de doigt au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale.

Cet orifice est situé certainement beaucoup plus haut et plus en dehors que l'anneau inguinal profond.

OBSERVATION XIII

Femme de 44 ans, présentant une grosse hernie crurale gauche qui s'est étranglée il y a huit jours et a été réduite par le taxis le jour même. A droite, hernie ventrale ou plutôt interstitielle, qui s'étend à tout le pli de l'aîne comme un bourrelet oblique, l'orifice correspond exactement à la situation de l'anneau inguinal profond.

OBSERVATION XIV

Femme de 68 ans. Hernie ventrale gauche, volumineuse comme un œuf de dinde, parallèle à l'arcade, remontant à quatre travers de doigt au-dessus d'elle, s'étendant du côté de l'E. I. A. S. L'orifice facile à sentir, admet le doigt, il correspond à peu près à la situation de l'orifice inguinal profond, mais il est situé plus haut et plus en dehors.

OBSERVATION XV

Femme de 55 ans, porte une hernie ventrale, ou plutôt interstitielle gauche très ancienne, qui recouvre les deux internes de l'arcade de Fallope, jusqu'à l'anneau externe et qui s'élève très haut sur la paroi ; l'anneau inguinal externe est très large et admet le doigt qui pénètre dans la hernie et presque dans le ventre au travers de l'anneau inguinal profond très dilaté.

OBSERVATION XVI

M. PATEL (1)

Hernie inguino-interstitielle simple. — Cure radicale. — Guérison.

La malade, 64 ans, vient à l'hôpital pour des troubles gastro-intestinaux, durant depuis longtemps, et qu'elle mettait sur le compte d'une tuméfaction, remarquée par elle depuis quatorze ans dans la fosse iliaque droite.

Son état général était bon ; les troubles gastro-intestinaux étaient peu marqués et paraissaient consister surtout en mauvaises digestions : il n'y avait ni vomissements, ni péristaltisme intestinal, ni constipation rebelle.

La tumeur iliaque droite était apparue tout d'abord, quatorze ans auparavant, vers la ligne médiane, au-dessus du pubis, puis elle s'était prodigieusement étendue.

A l'examen on percevait une tuméfaction nette, à contours précis, siégeant au-dessus de l'arcade de Fallope : elle était incluse dans la paroi, car la contraction des muscles abdominaux, la fixait entièrement ; elle ne semblait avoir aucune connexion avec la profondeur ; par contre, elle venait se perdre dans l'orifice externe du canal inguinal. Il n'y avait pas d'impulsion à la toux, pas de modification de volume. La tumeur était molle, non sonore. Le toucher vaginal était négatif.

En présence de ces signes, le diagnostic fut posé : hernie inguinale avec diverticule, soit inguino-superficiel, soit inguino-interstitiel.

L'opération fut faite le 13 août 1908 (M. Patel). Incision

(1) Présentée par M. Patel, *Soc. de Médecine de Lyon*, 18, 1, 1909, au *Lyon chirurgical*, page 525.

suivant le grand axe de la tumeur, au-dessus de l'arcade de Fallope, atteignant le pubis. Le plan superficiel, fut disséqué, de façon à mettre à nu l'orifice externe du canal inguinal ; rien ne sortait par l'anneau ; on voyait seulement entre les deux piliers, une petite saillie blanchâtre, nacrée ; le ligament rond passait au-dessous.

Le grand oblique fut incisé, sur toute la longueur de la tumeur, et on fût aussitôt en présence d'un sac herniaire qui se cliva très facilement ; derrière lui, les muscles, petit oblique et transverse s'étaient amincis. Le sac fut disséqué jusqu'à l'anneau inguinal interne. A l'ouverture on constata, de l'épiploon adhérent en quelques points ; il fut réintégré dans l'abdomen ; Le sac fut réséqué, ainsi que le ligament rond ; le petit oblique et le transverse furent suturés aux tendons de renne, à l'arcade de Fallope : le grand oblique fut suturé de même.

La guérison se fit très simplement.

OBSERVATION XVII

BÉRARD et STEFANI (*Lyon Chirurgical*), 1909.

Hernie inguino-interstitielle étranglée. — Cure radicale. — Guérison.

B..., Marie 62 ans, couturière, entre à l'Hôtel-Dieu (salle Saint-Paul), le samedi 21 octobre, à 11 heures.

Le lundi 19, c'est-à-dire cinq jours avant, elle a été prise d'une « indigestion » après le repas de midi ; bientôt survinrent, avec de vagues douleurs abdominales, d'abondants vomissements qui, d'abord alimentaires est bilieux, devinrent, en trente-six et quarante-huit heures, fécaloïdes. Suppression complète des matières et des gaz depuis le début des accidents.

La malade présente le faciès habituel à l'occlusion, des

traits tirés, nez pincé, voix cassée, mais pas de refroidissement des extrémités. Elle est en proie à d'incessants vomissements fécaloïdes. Le pouls est à 100 environ, encore régulier et bien frappé.

L'examen de l'abdomen, ne révèle à l'inspection qu'un ballonnement modéré, sans prédominance marquée en aucun point.

La palpation réveille les vomissements, qui présentent les caractères d'une véritable régurgitation fécaloïde : l'abdomen est assez souple, le météorisme peu marqué. En examinant méthodiquement les différentes parties du ventre, on arrive à sentir dans la fosse iliaque gauche, à sa partie inférieure, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, une masse du volume d'une petite orange, ovoïde, dans le sens de l'arcade, lisse, régulière, résistante et indolore à la pression, qui paraît incluse dans la paroi musculaire. Les plans superficiels sont mobiles sur elle : la percussion relève à son niveau de la matité. Par son extrémité interne, elle répond à la situation topographique de l'orifice inguinal profond, qu'on ne peut sentir.

Interrogée au sujet de cette tumeur, la malade dit l'avoir constatée elle-même depuis une vingtaine d'années déjà, et n'en avoir jamais souffert particulièrement : elle a seulement été sujette de temps à autre, à des douleurs abdominales mal définies et mal localisées.

Rien aux orifices herniaires. Touchers négatifs. On pose le diagnostic de hernie inguino-interstitielle étranglée, et l'on décide une intervention d'urgence. Celle-ci est pratiquée à 4 heures du soir. Anesthésie prudente et modérée à l'éther. L'examen sous anesthésie confirme les résultats de la palpation faite auparavant.

Avant l'anesthésie, et pour prévenir les vomissements dans la trachée, on fait un grand lavage de l'estomac. L'introduction seule de la sonde suffit à vider deux litres de liquide fécaloïde : on lave ensuite jusqu'à clarification complète de l'eau de lavage, et l'on endort la malade.

Incision longitudinale de la paroi sur la tumeur. Elle conduit sur l'aponévrose du grand oblique, au-dessous de laquelle on trouve une masse lipomateuse avec une couche de 1 centimètre de graisse, que l'on traverse pour arriver sur un sac herniaire très épais. Un peu de liquide séreux s'écoule, et on aperçoit alors au fond du sac, une anse d'intestin grêle, anse qui était donc incluse depuis plus de cinq jours dans la paroi, et que l'on s'attendait à trouver sphacélée. Or il n'en est rien. Après l'avoir attirée dans la plaie, on peut parfaitement se rendre compte qu'elle est simplement congestionnée : la pression suffisante pour arrêter le cours des matières, était insuffisante pour entraver la circulation sanguine dans les parois de l'intestin, et on le réintègre facilement dans l'abdomen, à travers l'anneau d'étranglement. Celui-ci n'est autre que l'anneau inguinal profond, considérablement distendu, puisque on peut y faire pénétrer aisément, les extrémités réunies de l'index et du médius. La largeur de cet orifice explique, en partie tout au moins, l'état de conservation de l'anse étranglée, qui se trouvait comprimée par l'intermédiaire d'une couche adipeuse de plus de 1 centimètre.

Fermeture de l'anneau avec des points en U en tendon de renne. Petit drain en dehors de la ligne de suture. Injection de sérum sur la table d'opération.

26 octobre. — La malade va très bien. Elle est allée à la selle et a évacué des gazs, Pouls rapide, mais bien tenu. Bon état général.

30 octobre. — Les suites ont été des plus simples. On fait un premier pansement. Plaie parfaite. Ablation du drain. Pas de constipation. Pas de fièvre. La malade sort quelques jours après parfaitement guérie : revue depuis elle présente une paroi solide.

OBSERVATION XVIII

GAUD et POISSONNIER (d'Amiens), *Journal des Praticiens*, 22 janvier 1910.

Hernie inguino-interstitielle étrangère. — Cure radicale. — Guérison.

Mme A. . . , âgée de 45 ans, est de bonne constitution ; elle n'a jamais été malade. Le 17 novembre 1909, elle soulève un meuble dans la matinée ; aussitôt, elle reçoit une douleur dans le côté droit, dans la région appendiculaire. La douleur étant supportable, la malade ne s'en soucie pas ; le soir, le malaise augmente, puis apparaissent quelques vomissements qui se répètent pendant la nuit. Le docteur Gaud est appelé auprès de Mme M. . . et la voit le 18 novembre à 8 heures du matin. Il constate que les vomissements, d'abord muqueux et bilieux, sont devenus rapidement verts et porracés. Dans la région appendiculaire, on constate une tuméfaction dure, arrondie, qui fait souffrir la malade ; *il n'est pas possible de sentir l'anneau inguinal externe* ; il y a arrêt des matières fécales. Pas de température ; pas de défense musculaire, pas de sensibilité au point de Mac Burney. Le pouls est à 130. *Le docteur Gaud fait le diagnostic de hernie inguino-interstitielle étranglée* et ordonne de la glace sur le ventre et des calmants. Dans l'après-midi du même jour, on constate que la tumeur a disparu ; la malade va bien, le pouls est bon, tout est rentré dans l'ordre.

Le 23 novembre, une nouvelle crise survient, semblable à la première, à la suite d'un effort pour tousser. La tumeur a fait de nouveau son apparition, la malade éternue dans la suite et s'aperçoit que la tumeur augmente encore, donnant une sensation de craquement. Le docteur Gaud, appelé, saisit doucement la hernie et, après une courte séance de taxis, parvient à la faire rentrer sans percevoir le gargouille-

ment. Une intervention chirurgicale est décidée pour le lendemain. Le docteur Gaud se charge de l'opération à sa clinique, avec l'aide du docteur Poissonnier ; le docteur Duflos donne le chloroforme. Le chirurgien pratique une incision de 12 cm. un peu en dehors du trajet inguinal, assez semblable comme siège à l'incision classique de l'appendicite. L'aponévrose du grand oblique ouverte, il tombe sur le sac entouré de graisse, étalé en dehors, couvrant la région appendiculaire et plongeant en dedans vers son collet, sous le bord externe du grand droit. Le sac, très mince, est attiré en dehors ; il est ouvert et *permet à peine le passage d'un doigt en raison d'un diaphragme qui en rétrécit le diamètre* ; la dissection en est poursuivie avec précaution le plus loin possible ; le ligament rond est laissé de côté. Le collet du sac est refermé au catgut et rentre dans la cavité abdominale. Un épais capitonnage est formé par dessus le sac par un double pan de sutures au catgut, afin de reconstituer une paroi solide. Un drain est placé et la peau est suturée avec du fil de lin et quelques agrafes de Michel. Le premier pansement est fait le 27 novembre.

Le 1^{er} décembre, on fait le troisième pansement ; les fils et le drain sont enlevés.

La malade, guérie, quitte la clinique le 8 décembre 1909.

OBSERVATION XIX

GOLDING-BEAR (*Clinical Soc. of London*, in *Lancet*, 1884).

F... 60 ans. Hernie inguinale depuis 30 ans.—Opération. On trouve en plus de la hernie inguinale, une expansion de celle-ci développée latéralement ; mais ce renflement supérieur de la hernie avait traversé l'aponévrose du grand oblique et était devenu sous-cutané. Réduction de la hernie. Mort.

OBSERVATION XX

BERGER (*Bull. de la Soc. de Chir.*, 1891).

F..., 39 ans. Plusieurs fois accidents antérieurs d'étranglement. Il existe deux tuméfactions, l'une formant bourrelet, au-dessus de l'arcade de Fallope, l'autre occupant la grande lèvre. Opération radicale. Incision parallèle, à l'arcade. Isolement difficile, extirpation du sac : reconstitution des plans de la paroi. Guérison.

OBSERVATION XXI

BARKER (*Lancet* 1897).

Hernie inguinale descendant d'une part dans la grande lèvre et envoyant d'autre part au-dessus de l'arcade une expansion interstitielle. Opération. Cure radicale. Confirme existence du prolongement interstitiel. Dissection du sac laborieuse et extirpation. Guérison.

OBSERVATION XXII

(Inédite)

Hernie inguino-interstitielle simple étranglée et antéro-épilocèle. — Cure radicale. — Guérison

Mme D..., 62 ans, entre le 25 juin 1910 dans le service de M. le Professeur Poncet, suppléé par M. Patel, pour des accident d'étranglement herniaire, datant de deux jours.

La malade dit, ne s'être jamais aperçue de la présence d'une hernie : il y a deux jours, à la suite d'un effort dit-elle, elle a observé à la partie inférieure droite de l'abdomen, une tuméfaction douloureuse. Les vomissements survinrent quelques heures après, bilieux abondants, elle fit venir un médecin, qui fit le diagnostic de hernie crurale et l'envoie à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen, on constate à la partie inférieure et droite de l'abdomen, une tuméfaction du volume d'un œuf, siégeant au-dessus de la ligne de Malgaigne, ses contours étaient difficiles à établir, l'anneau inguinal était perçu libre, la tumeur paraissait allongée suivant le grand axe du canal inguinal.

Devant ces constatations anatomiques, on fit le diagnostic de hernie inguino-interstitielle, ou de hernie inguino-péritonéale, mais en présence de la tuméfaction, assez saillante, et qui surplombait le triangle de Scarpa, on pense à une hernie inguino-interstitielle.

OBSERVATION XXIII

(M. PATEL). *Opération* 26 juin 1910

Incision suivant le grand axe de la tumeur, découverte de l'aponévrose du grand oblique, l'anneau inguinal est aperçu petit, réduit, de volume perméable, laissant passer le ligament rond ; incision de l'aponévrose du grand oblique, à partir de l'anneau inguinal cutané ; les deux lèvres aponévrotiques sont repérées ; on découvre la tumeur herniaire, qui occupait le canal inguinal devenu piriforme ; les muscles petit, oblique et transverse, soigneusement repérés étaient élargis par la tumeur qui les refoulait de chaque côté d'elle : le petit oblique s'étalait sur le versant intérieur et peut être récliné facilement.

Incision du sac : on trouve, à l'intérieur une anse grêle un peu congestionnée, l'épiploon adhérent en un point du

sac ; section et ligature de l'épiploon, et l'étranglement est formé non par l'anneau inguinal péritonéal, mais par un collet du sac au niveau de l'infundibulum ; section du collet, rentrée de l'épiploon et de l'intestin, dissection du sac, ligature, réfection de la paroi à la Bassini. Le canal inguinal est ainsi complètement fermé.

Suites simples, la malade quitte l'hôpital douze jours après ; guérison complète.

Observations de hernies inguino-interstitielles en bissac

OBSERVATION XXIV

LUKE (*loc. cit.*)

F... 80 Ans. accidents d'étranglement. La hernie était formée d'un sac passant à travers l'anneau externe et d'un deuxième sac s'étendant vers l'E. I. entre les plaies de la paroi abdominale. Opération. Mort.

OBSERVATION XXV

PAUL (*Bull, de la Soc. Anat. 1898*)

F... Accidents d'étranglement. La hernie est formée de deux tumeurs que sépare une dépression formée par la cicatrice d'une opération antérieure. L'une d'elles grosse comme une tête d'épingle, est dirigée en haut et en dehors vers le flanc, l'autre moins volumineuse descend vers le pubis. Opération. Mort. L'auteur dit dans ses conclusions : « La hernie. était à la fois interstitielle et directe ».

OBSERVATION XXIV

FRÉDET (*Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1901)

Le 4 février 1901, une femme de 33 ans, est admise d'urgence, dans le service de clinique chirurgicale de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

Elle porte :

1^o Une tumeur très volumineuse dans la région droite. Cette tumeur arrondie soulève régulièrement la peau de la paroi abdominale, depuis l'arcade crurale jusqu'au voisinage de l'ombilic ; en dehors elle s'étend jusqu'à deux doigts de l'E. I. A. S., en dedans elle s'arrête au niveau du bord externe du muscle grand droit.

La tumeur fait corps avec la paroi abdominale. Elle ne disparaît pas quand les muscles se contractent, mais elle semble rattachée profondément aux organes de la cavité. La palpation est très douloureuse, et donne l'impression d'une masse rénitente ;

2^o Une tumeur peu volumineuse, piriforme, régulière, occupant la grande lèvre, dont la peau est rouge et distendue. Sa consistance est dure et la palpation très douloureuse. Le pédicule s'enfonce dans le trajet inguinal. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une hernie inguinale épiploïque, irréductible et enflammée.

Il n'est pas possible de constater des connexions certaines entre les deux tumeurs. La patiente avait noté depuis sept ans, l'existence d'une hernie inguinale droite descendant jusqu'à la grande lèvre. Elle ne s'en inquiétait guère, car elle n'en souffrait point. La masse herniée rentrait et sortait spontanément.

Il y a deux ans et demi, la tumeur étant devenue irréductible et douloureuse, la malade alla consulter un bandagiste qui lui fabriqua et appliqua un bandage.

Cet appareil que je me suis fait présenter, semblait remplir convenablement son affaire et comprimer tout le trajet inguinal.

Cinq jours avant l'entrée à l'hôpital, la hernie sortit, cessa d'être réductible et le bandage ne peut être toléré. C'est alors seulement avant tout essai de réduction, que la malade remarqua l'existence, ou l'apparition de la grosse tumeur intra-pariétale. Des phénomènes d'épiploïte, se manifestèrent, sans arrêt des matières ni des gaz.

M. le Dr Vigouroux, appelé près de la malade, l'envoya à l'Hôtel-Dieu pour la faire opérer

Opération. — Une incision de laparotomie médiane, pratiquée en premier lieu, permet de confirmer la situation intra-pariétale de la grosse tumeur. Elle démontre que la majeure partie de l'épiploon s'engage dans un orifice herniaire unique. Je fais alors une incision cutanée dans la région inguinale, parallèlement à l'artère crurale, depuis le voisinage de l'E. I. A. S. jusqu'à la naissance de la grande lèvre. L'aponévrose-tendon du grand oblique apparaît soulevée et dans un état de distension extrême. L'orifice extérieur du trajet inguinal, étroit et résistant, étrangle le diverticule herniaire, qui se dilate dans la grande lèvre ; j'incise l'aponévrose jusqu'à l'orifice inguinal extérieur. Je mets ainsi à vue la paroi antérieure d'un sac herniaire bilobé, dont la masse principale allongée, dans le sens transversal, descend jusqu'à l'arcade crurale, ou en dehors jusqu'à deux doigts de l'épine, remonte et s'étale contre l'aponévrose du grand oblique située en avant, et le muscle petit oblique situé en arrière.

Elle est croisée superficiellement par un nerf aplati qui détermine un profond sillon transversal, puis disparaît du côté interne, dans la gaine du muscle grand droit. Le diverticule en doigt de gant, logé dans la grande lèvre, se rattache à la masse principale, par un étranglement qui correspond à l'anneau inguinal extérieur.

Le sac herniaire est décollé, sans difficulté de la loge qui le contenait.

Je constate qu'il est relié à l'abdomen par un pédicule qui se détache en arrière de la masse principale, en bas et presque au milieu, et qui s'engage sous le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse.

Je note expressément ce rapport, car il n'a pas toujours été tel dans des cas semblables.

Le tissu des muscles profonds, qui forment la paroi postérieure de la loge, ne se montre pas à nu. Il est recouvert d'une lame conjonctive épaisse et infiltrée. Les muscles de l'abdomen sont bien développés et la paroi est solide.

Après isolement et pédiculisation du sac, celui-ci est ouvert en avant suivant le grand axe. Il contient de l'épiploon partiellement adhérent, violace noir par places.

Une frange adhère au bord de l'orifice de communication avec l'abdomen. L'épiploon est décollé, libéré; il ne semble pas étranglé au niveau de l'orifice abdominal: il est réséqué. Grâce à l'incision de laparotomie exploratrice, je pense enlever facilement un nouveau paquet d'épiploon, appendu au reste de l'organe, par un pédicule qui paraissait avoir été fortement serré et qui était près de se sphacéler. Il s'agissait, sans doute, d'une portion de l'épiploon contenue dans le sac qui s'était réduite dans l'abdomen. Le sac est extirpé, la paroi reconstituée, par le procédé de Bassini, l'incision médiane suturée.

Les suites ont été normales, la malade est aujourd'hui guérie.

OBSERVATION XXVII

BERGER (*Revue de chirurgie*, 1902).

Femme de 30 ans, portant à droite une hernie crurale, qui a été opérée par M. Richet, il y a dix ans, elle porte depuis

plus de dix-sept ans une hernie inguinale gauche. Celle-ci qui paraît d'abord être une hernie ventrale est énorme et se continue avec une hernie pubienne du même côté. On pourrait croire d'abord à la coexistence de deux hernies distinctes, mais ce n'est qu'une seule et même hernie en bissac.

OBSERVATION XXVIII

Femme de 48 ans, ne connaissant sa hernie que depuis quatre ans. Très grosse hernie ventrale, droite, bilobée, oblique, réductible par un petit orifice situé au-dessus du tiers externe de l'arcade de Fallope ; cette hernie tombe sur la région crurale en débordant la région inguinale ; la bosse-lure inférieure et interne est la plus marquée ; elle s'est surtout prononcée dans ces derniers temps (le dessin que j'ai fait de cette hernie, ne laisse aucun doute sur la nature de cette hernie, qui est une hernie inguino-interstitielle en bissac).

OBSERVATION XXIX

Par GREEN. Cumston de Boston. — Extrait de la *Revue de Chirurgie*, juin 1905.

Hernie inguino-interstitielle en bissac. — Cure radicale. — Guérison.

Fille de neuf ans bien développée, vue en août 1904, pour une hernie inguinale droite.

Elle passait ses vacances à la campagne, quand elle fut prise subitement, une après-midi de douleurs abdominales, assez intenses, qui furent diagnostiqués par le médecin de l'endroit comme étant dues à l'appendicite. L'enfant fut

mise au lit, et les douleurs se calmèrent peu à peu pendant la nuit. De ce que nous trouvâmes à l'opération il est évident que la malade souffrait d'une strangulation partielle; mais à cause du décubitus dorsal, l'intestin rentra de lui-même dans la cavité abdominale, et l'enfant se sentit de nouveau bien.

L'examen démontra une enfant bien nourrie, et d'un développement musculaire excellent; il n'y avait rien à noter du côté du cœur, des poumons, des viscères abdominaux.

Dans la région inguinale droite, il y avait une tumeur de la grosseur d'un petit œuf de poule, ayant la forme d'une poire qui s'étalait dans la grande lèvre.

Quand la malade était debout et toussait, on pouvait sentir distinctement une impulsion dans la tumeur, et dans le décubitus, on pouvait facilement réduire la tuméfaction. Après que la réduction était accomplie, on pouvait facilement introduire l'index à travers l'orifice externe et le faire pénétrer dans le canal inguinal.

Pendant l'effort que la malade faisait pour se lever, une deuxième tuméfaction faisait son apparition un peu au-dessus de celle fournie par la hernie inguinale et paraissait siéger dans la paroi abdominale; une impulsion se faisait sentir, quand la malade toussait et la tumeur disparaissait quand la malade s'étendait.

Quand cette tumeur apparaissait, elle se dirigeait vers la ligne médiane. Mais si on continuait la pression intra-abdominale pendant un certain temps, elle déviait latéralement. Elle ne pouvait être réduite, que lorsque la malade était couchée, et cette réduction était accompagnée par des gargouillements intestinaux caractéristiques. Cette tuméfaction était située, à peu près au milieu du ligament de Poupart et par la palpation, après la réduction, on pouvait facilement sentir, une ouverture ovale qui laissait entrer deux doigts. En haut et en dehors, cette ouverture paraissait entourée de

bandes d'adhérences, pendant que ses bords inférieurs étaient fermés par le public.

Une incision fut faite qu'atteignait l'orifice inguinal externe, et après que la peau et l'aponévrose superficielle furent incisées, l'aponévrose du muscle oblique externe fut mise à découvert ; elle contenait plusieurs sillons longitudinaux parallèles au ligament de Poupart.

L'orifice inguinal externe était très grand et ses bords mal définis. Après que l'aponévrose du muscle oblique externe, fut incisée, le sac herniaire faisait protrusion et se déplaçait pour ainsi dire d'au-dessous de l'aponévrose ; il s'étendait au-dessus du muscle oblique interne, et en bas au-dessous de l'aponévrose.

Il adhérait fortement à l'aponévrose superficielle, au niveau de l'orifice interne : mais après qu'il fut détaché du muscle oblique interne, on trouva qu'il n'adhérait pas au transverse.

Un lipome qui se trouvait sur le sac adhérait à l'aponévrose et à la symphyse du pubis, et quand il fut détaché on trouva que le ligament rond bien développé lui était attaché. On procéda, avec quelques difficultés, à la dissection du sac, en le libérant de toutes les parties avoisinantes et, quand ce fut accompli, on trouva qu'il s'étendait, à travers le transverse par une ouverture qui admettait deux doigts. Le sac contenait trois petits lipomes, et le contenu consistait en une petite anse d'intestin grêle.

Il était bien évident, que l'orifice inguinal interne, se trouvait bien plus en dehors que normalement.

Le sac fut lié au catgut, et enlevé, le moignon fut rentré dans la cavité abdominale. Le transverse fut suturé, au bord de l'aponévrose du muscle droit, pendant que le muscle oblique interne fut suturé au bord supérieur de l'aponévrose, du muscle oblique externe, et que le bord inférieur de celui-ci fut tiré en haut et suturé à l'aponévrose. De cette manière, il se trouvait quatre plans de sutures qui recouvraient l'orifice herniaire.

Les suites opératoires furent excellentes et la malade quitta l'hôpital au bout de trois semaines.

CHAPITRE IV

Pathogénie

Nous ne reprendrons pas toutes les théories qui prétendent expliquer le mécanisme de productions de la hernie inguino-interstitielle.

Aussi bien ce ne serait faire là qu'un exposé fastidieux et allonger démesurément notre travail par des considérations de peu d'intérêt.

Les théories qui méritent d'être retenues, sont au nombre de trois.

1^o. — THÉORIE DE L'OBLITÉRATION CONGÉNITALE DE L'ANNEAU INGUINAL EXTERNE

Elle a été défendue par Tillaux qui considérait la hernie inguino-interstitielle comme intimement liée au rétrécissement de l'orifice inguinal externe qui résulte d'une ectopie testiculaire. L'intestin serait

mécaniquement arrêté par cet obstacle, dilaterait le canal inguinal sous la poussée de l'effort abdominal et s'engagerait en le décollant entre les différents plans de la paroi.

Cette théorie est infirmée par le seul fait de l'existence des hernies en bissac. Cependant *Faucon* pense qu'il n'y a pas là une contradiction absolue et que l'effort qui pousse les viscères, hors du ventre, peut vaincre à un moment donné la résistance de l'anneau donnant lieu à la production secondaire d'un sac scrotal ou labial.

Berger, considérait, au contraire, la production du sac intra-pariétal, comme secondaire à celle du sac labial, par suite d'une bandage de bandage défectueuse.

Nous verrons plus loin que l'on peut faire à la théorie de *Tillaux* des objections plus importantes encore.

Gand et *Poissonnier* ont repris la théorie de *Tillaux* sans apporter aucun fait nouveau à son appui.

II.—THÉORIE DE L'OBLITÉRATION ACQUISE, DE L'ANNEAU INGUINAL EXTERNE

Cette théorie est analogue à la précédente, mais ici l'oblitération se réduit à des causes diverses : port d'un bandage défectueux (*Eccles*) ; présence d'une tumeur graisseuse du ligament rond faisant office de bouchon (*Auvray*). Ce dernier auteur envisage, du reste, comme également admissible la précédente

théorie et déclare que la hernie inguino-interstitielle peut être tantôt *primitive*, reconnaissant pour cause une oblitération de l'orifice inguinal externe, d'ordre anatomique (éctopie testiculaire), ou pathologique (lipome), ou *secondaire*, résultant par exemple, comme dans le *cas de Rivet*, d'un taxis forcé, opérant une réduction en masse dans la paroi, ou encore comme dans le cas de Paul, du rétrécissement cicatriciel produit par une kélotomie antérieure, ou encore du port d'un bandage défectueux.

III. — THÉORIE DE LA MALFORMATION DU PROCESSUS PÉRITONÉO-VAGINAL

Cette théorie est la plus récente, elle appartient à Berger qui fait précéder l'exposé de ses idées sur la question qui nous occupe, d'une critique des théories précédentes qui mérite d'être intégralement rapportée.

« Si des conditions purement mécaniques, écrit-il, présidaient seules, au développement de la hernie inguino-interstitielle, cette hernie devrait toujours trouver son ampliation dans le même sens, où son expansion trouve le moins de résistance, c'est-à-dire dans l'intervalle de l'aponévrose du grand oblique et du petit oblique, au-dessus de l'arcade de Fallope ; les adhérences celluluses, qui unissent l'aponévrose antérieure du muscle petit oblique à l'aponévrose tendineuse du grand oblique sont très lâches, et cèdent facilement à la moindre traction.

« La pression du doigt, introduit dans le dédoublement de ces plans, suffit sans qu'il soit nécessaire de recourir à la dissection pour les isoler en dedans jusqu'au niveau du point où l'aponévrose du grand oblique vient se jeter sur la face antérieure du grand droit de l'abdomen, en haut jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par l'E.I.A.S. Rien ne s'oppose à ce qu'elle subisse son ampliation dans cette direction, si elle trouve l'orifice inférieur du canal inguinal fermé.

« Or, nous voyons des hernies interstitielles, envoyer des prolongements au dehors, vers l'épine iliaque, antéro-supérieure, dans la profondeur, dans l'intervalle des faisceaux du petit oblique et du transverse, en dedans et en bas, vers le scrotum, alors que le testicule se trouve fixé par ses attaches à la partie supérieure du trajet inguinal. La forme même et la dimension que présentent les prolongements du sac péritonéo-vaginal, montrent qu'ils ne peuvent pas être dus à sa distension ; le renflement de la hernie, qui va vers l'E.I.A.S. peut être cylindrique, en forme de boudin, terminé en pointe (cas de Hesselbach) ; dans d'autres cas, le sac se compose de deux parties, l'une remontant en dehors vers l'épine iliaque, l'autre descendant dans le trajet inguinal, et aboutissant toutes deux à une sorte de vestibule commun ».

Pour expliquer les hernies inguino-interstitielles, Berger admet, une *anomalie de formation du processus vagino-péritonéal préexistant à la migration*

incomplète du testicule avec diverticule préformé de la paroi.

Le rétrécissement ou la dilatation de l'anneau de l'orifice externe et l'ectopie testiculaire ne sont que des malformations concomitantes. C'est aussi l'avis de Saint-Cohn, pour lequel la formation de ces sortes de hernies n'est pas due à une cause mécanique, mais à une anomalie de développement, le diverticule interpariétal, interstitiel ou sous-cutané, est véritablement *préformé congénital*, comme l'indique la présence dans la paroi du sac de ces hernies de fibres musculaires lisses.

Pour Saint-Cohn, les hernies sont : *biloculaires*, quand le processus vagino-péritonéal n'est pas oblitéré du tout. Le sac intra-pariétal en est un diverticule préformé. *Monoculaires*, quand l'oblitération s'est faite jusqu'au niveau de ce diverticule ; *dans ce cas le sac inter-pariétal semble n'être que la continuité du trajet herniaire sus-jacent alors qu'il n'est en réalité que branché sur lui*. La même théorie donne l'explication des hydrocèles congénitales biloculaires, compliquées ou non de hernie.

Saint-Cohn cite encore à l'appui de son opinion, le fait de l'application brusque dans la plupart des cas de la hernie inguino-interstitielle. Il fait remarquer qu'avec cette théorie une seule et même explication est valable pour toutes les variétés rares d'hydrocèles et de hernies congénitales.

Cette théorie est celle qui satisfait le plus l'esprit ; elle permet d'expliquer tous les cas où il n'existait aucune étroitesse de l'anneau inguinal externe

(Ricard, Broca, Berger, Peyrot, Marion, Green-Cuniston, Bérard et Stéfani (et les cas), non moins fréquents de hernieinguino interstitielle sans ectopie.

Enfin, et c'est là le point capital : « *l'explication de Tillaux ne peut s'appliquer à la hernie inguino-interstitielle, chez la femme. Le seul fait de son existence chez elle suffit à montrer tout au moins que l'éctopie testiculaire n'est pas une cause nécessaire, mais une coïncidence. Hernie inguino-interstitielle et ectopie testiculaire ne peuvent donc être considérées que comme deux malformations congénitales toutes deux et relevant d'une cause identique : arrêt ou développement de la région inguinale.*

En somme, il faut surtout voir dans la hernie inguino-intertitielle, une variété de hernie inguinale congénitale avec anomalie de formation du processus vagino-péritonéal chez l'homme, de son homologue, le canal de Nuck, chez la femme, avec diverticule préformé de la paroi, et compliqué souvent chez l'homme d'ectopie testiculaire » (1),

M. Patel caractérise d'un mot la hernie inguino-interstitielle, ainsi que les deux variétés voisines, inguino-superficielles, et inguino-pro-péritonéales en leur appliquant le terme de *hernie diverticulaire*.

(1) Bérard et Stéfani.

CHAPITRE V

Étude clinique

SYMPTOMES. — EVOLUTION. — ACCIDENTS

Dans la hernie inguino-interstitielle simple, les signes sont peu marqués au début, parfois nuls, ou bien les malades n'ont rien remarqué, et ne s'adressent au médecin que lorsque les accidents d'étranglement apparaissent.

Parfois les malades portent depuis longtemps une petite tumeur dans la région inguinale, tumeur qu'ils peuvent réduire facilement.

A l'examen physique la hernie inguino-interstitielle se caractérise par une tuméfaction oblongue située dans la région inguinale allongée dans le sens de l'arcade s'étendant au dessus d'elle jusqu'à une distance variable de l'ombilic et remontant vers l'E. L. S. A. Elle contient parfois une grande longueur d'intestin.

Dans les cas moyens, la tuméfaction fait une saillie légère au niveau de l'abdomen, car elle est maintenue en avant par l'aponévrose du grand oblique, tendue, résistante.

Cette tumeur est d'habitude lisse, régulière, non adhérente à la peau faisant corps avec la paroi abdominale, sonore à la percussion, réductible avec gargouillement; elle augmente de volume, pendant un effort ou pendant la toux, peut être même douloureuse à la pression.

La hernie inguino-interstitielle en bissac, serait d'après Berger : « Une hernie allongée suivant la direction du pli de l'aîne, formant une sorte de bourrelet au dessus de l'arcade de Fallope, remontant jusqu'à l'E. I. A. S; la partie la plus saillante détermine une bosselure, au-dessus de la partie moyenne de l'arcade crurale. Au niveau de la grande lèvre on constate l'existence d'une autre hernie dont le pédicule répond à l'anneau inguinal externe. Quand on cherche à réduire la hernie qui occupe la grande lèvre, on n'y parvient qu'avec peine, et la tumeur placée au-dessus de l'arcade crurale devient en même temps plus tendue; quand on fait rentrer celle-ci la première, la réduction de la hernie de la grande lèvre est facile et le doigt refoulant la peau au niveau de la partie moyenne de l'arcade crurale, peut s'engager de haut en bas et de dehors en dedans dans le trajet inguinal externe, dans le sac qui occupe la grande lèvre : la même manœuvre peut être répétée en sens inverse, de la grande lèvre vers la saillie abdominale de la hernie.

« Il existe donc deux poches aboutissant à une cavité commune, sorte de vestibule situé probablement dans l'épaisseur de la paroi abdominale, peut-être en arrière d'elle ».

La hernie inguino-interstitielle peut-être méconnue jusqu'au jour où elle sort plus volumineuse qu'à l'ordinaire, où elle devient plus douloureuse et complètement irréductible.

Alors surviennent les symptômes graves, coliques, nausées vomissements alimentaires d'abord puis fécaloïdes, il s'agit d'une occlusion intestinale aiguë, les gaz et les matières sont arrêtés.

On peut constater au dernier du pli de l'âme, une tumeur allongée, occupant parfois toute la paroi latérale de l'abdomen, le relief formé par les anses intestinales est variable, parfois très prononcé, ou presque nul, quand le pannicule adipeux est épais, ou lorsque les muscles de l'abdomen se contractent.

La toux et les efforts, n'augmentent pas le volume de la tumeur, l'abdomen est tendu ballonné, on a tous les signes de l'étranglement herniaire ; l'abattement survient, le poul est fréquent petit incompressible, les extrémités se refroidissent, la mort survient dans les collapsus si on n'intervient pas.

En plus de l'étranglement, on peut constater de grands *décollements* musculaires, lorsque l'intestin s'étale dans le dédoublement des muscles.

Dans un cas de Tillaux, le sac remontait jusqu'au niveau de l'ombilic en haut et à huit centimètres en arrière de l'E. I. A. S. au dehors, l'intestin hernie mesurait 38 centimètres.

Dans un autre cas cité par Audoin (1) la fosse iliaque droite était remplie par une tumeur du volume de deux poings s'étendent de l'arcade crurale à un travers de doigt des derniers côtés, et n'atteignant pas tout à fait la ligne médiocre. L'anse herniée réséquée ne mesurait pas moins de soixante et dix centimètres sur son lourd connexe.

D'après Tillaux, l'étranglement serait dû à la compression des anses intestinales par les muscles de l'abdomen. Il peut en être souvent ainsi, mais l'étranglement peut être dû aussi au collet du sac à l'orifice profond du canal inguinal.

En effet, dans presque toutes les observations décrites, la hernie ne put être réduite qu'après avoir élargi l'orifice profond : comme son bord est mince, l'anse intestinale se coude et s'aplatit en le franchissant pour s'étendre dans le sac herniaire.

On a observé parfois que le collet du sac était festonné, rétréci comme dans l'observation n° XVII, où l'orifice inguinal profond était dilaté au point qu'on pouvait y introduire l'extrémité digitale du médium et de l'index. C'est grâce à cet état de l'orifice, et à l'existence de la couche graisseuse autour du sac que l'intestin dut sa conservation pendant cinq jours d'étranglement, et qu'on put facilement le réintroduire dans l'abdomen.

Enfin dans des cas exceptionnels (Voir obs. XVIII) l'étranglement était dû à la présence d'une bride sur laquelle venait s'aplatir l'intestin.

(1) AUDOIN. Thèse, Paris, 1903.

CHAPITRE VI

Diagnostic

Le diagnostic de la hernie inguino-interstitielle est assez aisé à faire, il s'impose par l'existence dans la région inguinale, en dehors de l'orifice inguinal profond, d'une tuméfaction allongée, aplatie de volume variable, sonore à la percussion, développée du côté de l'E. I. A. S. et facilement réductible à la pression.

Le diagnostic sera rendu plus difficile, chez un sujet doué d'un certain embonpoint. Si la hernie est en bissac, on constatera en plus des signes précédents, l'existence d'un prolongement labial.

Nous ne devons pas confondre la hernie inguino-interstitielle avec :

1^o les adénites, les abcès par congestion, un examen attentif suffira à renseigner le médecin.

2^o Avec un phlegmon de la fosse iliaque, s'accor-

pagnant de constipation opiniâtre et de vomissements simulant l'étranglement herniaire, mais l'empatement diffus, la température, les phénomènes infectieux serviront à faire le diagnostic de tumeur phlegmoneuse.

3^o Avec l'invagination iloc-cœcale (dont l'observation de Auvray est un exemple). La présence d'une tumeur notée par la malade, le siège de cette tumeur au dessus de l'arcade permettront d'éviter l'erreur.

4^o Avec la hernie propéritonéale. Mais ici le sac herniaire se place immédiatement en avant du péritoine, derrière les muscles de la paroi, et ne fait pas relief au niveau de l'abdomen. Toute la symptomatologie se borne aux phénomènes généraux d'occlusion, et on ne pourra en faire le diagnostic qu'avec la notion d'un taxis antérieur.

5^o Avec la hernie inguino superficielle, décrite par Kuser et étudiée par Marion, (*Bulletin de la Soc. Anat.* 1899). Cette hernie se loge, après avoir traversé le canal inguinal, dans le tissu cellulaire sous-cutané, sous la peau même ; dans la hernie inguino-superficielle et dans la hernie inguino-interstitielle il existe une tuméfaction qui siège au dessus de l'arcade de Fallope, parallèle à cette arcade, mais la hernie interstitielle fait une saillie moins nette à la vue, saillie que la contraction de la paroi fait disparaître en partie.

Si on a à faire à une hernie inguino-superficielle, on fait contracter la paroi, et qu'on engage en même temps un doigt dans l'anneau, on sent que la

contraction ne modifie pas la hernie. De plus on peut constater « qu'elle sort par l'orifice inguinal externe et que le doigt qui la refoule pénètre dans le trajet inguinal où il sent l'impulsion communiquée par les viscères dans les efforts ».

6^o On a pu confondre la hernie inguino-interstitielle avec la hernie crurale, le diagnostic est plus difficile encore chez la femme, à cause de la fréquence des hernies crurales.

Phocas cite une observation de hernie interstitielle étranglée ressemblant fort à une hernie crurale.

Pronostic. Traitement

La hernie inguino-interstitielle est un danger permanent pour l'individu qui en est atteint, en raison de sa forme et de sa disposition anatomique, aucun bandage ne peut la maintenir.

La malade atteinte de cette affection est sous la menace constante de l'étranglement que le taxis ne pourra lever.

Nous ne pouvons mieux faire que de citer Tillaux : « Lorsqu'une hernie est formée par plusieurs anses d'intestin, deux conditions sont nécessaires pour la réduire, exercer la pression dans la direction de l'orifice qui a livré passage à l'intestin. Agir sur la portion qui s'est engagée la dernière et de proche en proche sur les autres parties.

« Faute de remplir ces deux conditions on n'ob-

tient d'autre résultat que d'aplatir les anses les unes contre les autres. Ajoutons que dans la circonstance présente il existe une difficulté que le taxis ne paraît pas devoir surmonter : c'est l'interposition d'une paroi très épaisse, entre le sac et la main de l'opérateur, ce qui rend la pression trop médiate. Pour réduire une hernie interstitielle, l'intestin doit être refoulé obliquement de haut en bas et la pression exercée sur la paroi abdominale. Mais, n'est-il pas évident qu'une telle pression, au lieu de dégager l'intestin ne fera qu'appliquer davantage l'une contre l'autre les deux parois antérieure et postérieure qui délimitent le sac et augmenter ainsi la constriction ».

D'après le professeur Berger :

« La hernie inguino-interstitielle en raison des dangers qu'elle présente et de l'impossibilité d'une bonne contention doit être opérée chez l'adulte même dans un âge relativement avancé pourvu qu'il n'existe pas de contre-indication positive ».

Si la hernie inguino-interstitielle n'est pas étranglée, devant l'impossibilité de maintenir la réduction par un bandage, le seul traitement rationnel, est la cure radicale.

On fera une incision directe des enveloppes de la hernie parallèlement à la direction des faisceaux de l'aponévrose d'insection du grand oblique, incision qui intéressera successivement la peau des deux lames du fascia superficialis, l'aponévrose du grand oblique : on arrive ainsi sur le sac herniaire qui sera ouvert dans toute son étendue, il sera disséqué, isolé,

lié au-dessous de l'origine du conduit péritonéo-vaginal, et sectionné au-dessous de la ligature.

Reconstitution de la paroi au catgut, ou au tendon de renne par le procédé de Bassini ou de Berger, ou un autre procédé qui puisse obstruer complètement l'orifice inguinal profond.

En cas d'étranglement, Tillaux pense que le taxis est nuisible, aussi il convient, sans anesthésie, d'inciser la tumeur, de débrider l'orifice inguinal profond, cause de l'étranglement, puis on terminera par la cure radicale, et la reconstitution de la paroi après résection de l'intestin s'il est gangrené.

D'après Bérard et Stéfani, la cure radicale sera appliquée dans tous les cas en raison de la fréquence de ces étranglements (50 0/0).

CONCLUSIONS

1^o La hernie inguino-interstitielle est une hernie qui, après avoir distendu le canal inguinal, se crée une loge artificielle dans l'interstice des diverses plaies de la paroi abdominale, le plus souvent entre l'aponévrose du grand oblique en avant et les muscles petit oblique et transverse en arrière.

2^o La seule présence de cette variété de hernie chez la femme (28 cas relatés de notre thèse) suffit à ruiner ces anciennes théories pathogéniques entre autres celle de Tillaux qui attribuerait sa production à l'obstacle créé par l'ectopie testiculaire.

3^o Au point de vue pathogénique il faut y voir une variété de hernie congénitale avec anomalie de formation du processus vergino-péritonial chez l'homme ou de son homologue le canal de Nück chez la femme, avec diverticule performé de la paroi, et compliqué souvent chez l'homme d'ectopie testiculaire.

4° Le diagnostic se base sur l'existence au-dessus de l'arcade crurale, en dehors de l'orifice inguinal profond d'une tumeur aplatie oblongue, formant bourrelet au-dessus de l'arcade, de volume variable offrant un développement surtout marqué du côté de l'E. I. A. S. sonore, réductible à la pression.

De la hernie inguino-interstitielle en bissac aux caractères ci-dessus s'ajoute l'existence d'un prolongement labial.

5° En raison de la grande fréquence des accidents d'étranglement, cette variété de hernie doit être opérée dans tous les cas où il n'existe pas de contre-indication absolue à l'intervention.

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 11 juillet 1910.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. AUDOIN. — Contribution à l'étude de la hernie inguino interstitielle. Th. Paris 1903.
2. AUVRAY. — *Gaz. hebd. de médecine et de chirurgie*, 1900.
3. BARKER. — *Lancet*, 1897. T. II, p. 1244.
4. BÉRARD et STÉFANI. — La hernie inguino-interstitielle chez la femme (*Lyon chirurgical*), 1909.
5. BERGER. — *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, t. XVIII, 1891. *Revue de chirurgie*, janvier 1902.
6. BESANÇON. — Ectopie testiculaire du jeune âge et son traitement. Th. Paris 1892.
7. BIRD. — *Indian med. gazette*. Calcutta, 1875.
8. BLAND-SUTTON. — *Médecine moderne*, 1876.
9. BLUM. — *Bull. et mém. Soc. chir.*, Paris 1886.
10. BROCA. — *Bull. soc. anat.*, Paris 1888.
11. BRUN. — *Gaz. hôpitaux* 1877.
12. BURCI. — *Sperimental Fcience*, 1888.
13. CHAUVEAU. — Des hernies inguinales congénitales. Th. Paris 1888.
14. CLARKE. — *Lancet*, 1876.
15. COOPER (A). — De la hernie congénitale, 1837.
16. DANCE. — De la hernie intra-pariétale. Th. Paris 1837.
17. DEHOUC. — *Journal de la Soc. méd. de Lille*, 1904.

18. DREYFUS. — De la hernie inguino interstitielle. Les rapports avec l'ectopie des testicules. Th. Paris 1897.
19. DUBAR. — *L'echoméd. du Nord*, Lille, 1898.
20. DUPUYTREN. — Article hernie inguinale. Dictionnaire encyclopédique.
21. ECCLES. — *Lancet*, 1898.
22. FAUCON. — *Journal de Soc. méd. de Lille*, 1882. — *Bull. acad. royale de Belgique*, 1882.
23. FÉLIZET. — *Revue de chirurgie*, 1895.
24. FERRATON. — Th. Paris, 1843.
25. FERRÉ. — Etude sur les orifices herniaires. *Revue mensuelle de méd. et de chir.*, 1879.
26. FESTA. — *Giornale med. del regio escrito*. Rama, 1875.
27. FRANCIS SCHEFFIELD. — *Med. Journal*, 1893.
28. FRÉDET. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1901.
29. GALZIN. — *Rev. de chir.*, 1906.
30. GAUD ET POISSONNIER. — *Journal des Praticiens*, 1910.
31. GÖEBELL. — *Ueber intra-pariétal Leistenbrüche*. — *Deutsche Zeitschrift für chir.*, Bd LVI, 1906.
32. GOLDING-BIRD. — *Lancet*, 1884.
33. GOYRAND. — Mém. à l'Acad. de méd., 1836. — *Clin. chir.*, Paris, 1870.
34. GUILLET. — *Journ. de méd. de l'Ouest*. Nantes, 1882.
35. GREEN-CUMSTON. — *Revue de chir.*, 1905.
36. HEITZ. — *Bull. Soc. méd. de Besançon*.
37. HESSELBACH. — *Neweste anat. path.*, 1814.
38. JACQUEMELLE. — Du traitement des hernies et hydrocèles congénitales chez l'enfant. Th., Lille, 1893.
39. KUSTER. — *Arch. für Clin. Chir.*, 1887.
40. JAUBERT. — *Arch. de méd. et de pharmacie mil.*, Paris, 1903.
41. JAUBRAN. — *Bull. soc. anat.*, avril, 1901. — *Presse médicale*, 1901.
42. NOTE. — *Ann. of. Surgery*, Philad., 1889.
43. LAWRENCE. — *Traité des hernies*, 1818.

44. LYENNE. — *Arch. méd. Belges*. Bruxelles, 1890.
45. LE ROY DE BAUER. — *Bull. soc. anat.*, Paris, 1884.
46. LUKE. — *London med. Gaz.*, 1850.
47. MACREADY. — *London*, 1893.
47. MALGAICNE. — *Traité pratique d'anat. chirurg.* 1895.
48. MARION. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1899.
49. MATHEVET. — Th. Paris, 1901. Contribution à l'étude de la hernie inguino-interstitielle.
50. MICHELET. — Du canal vagino-péritonéal, transformations et hernies rares auxquelles elles peuvent donner lieu. Th. Lyon, 1897.
51. MONTPROFIT. — *Clin. de l'Hôtel Dieu*, Angers, juillet, 1899 à mai 1901.
52. MURRAY. — *Annale of Surgery*. Philad, 1895.
53. PAUL. — *Bull. Soc. Anat.*, 1878, cité par Druet en thèse agrégation, 1883.
54. PETIT J.-L. — *Traité des maladies chir.*, 1790, t. II.
55. PEYROT. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1901.
56. PHOCAS. — *Progrès Méd.* Paris, 1886.
57. POLLART (Van). — *Annal. Soc. de Méd. de Gand*, 1897.
58. POULLAINE. — De la hernie inguinale avec ectopie testiculaire chez l'enfant. Th. Paris, 1893.
59. RAMONIDE. — Le canal vagino-péritonéal et la hernie étranglée chez l'adulte. Th. Paris 1883.
60. RECLUS. — *Gaz. hóp.*, 1891.
61. REVERDIN. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1869, p. 560.
62. RICARD. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1888, p. 111.
63. RICHELOT. — *Bull. Soc. Anat.*, Paris. Avril 1890.
64. RIVET. — *Gaz. Méd. de Nantes*, 1898, p. 529.
65. ROUSTAN. — De la hernie interstitielle. Paris, 1843.
66. SACHS-HUGO. — *Processus vaginalis*, 1885.
67. SAINT-COHN. — Etudes cliniques sur le processus péritonéo-vaginal et sur l'origine des hernies inguino-intra-pariétales. Analyse in *Province Médicale*, 1907.

68. THÉAS, — Th. Bordeaux. Hernie inguino-interstitielle chez l'enfant.
 69. TICHÉ. — De la hernie pro-péritonéale. Th. Montpellier, 1902.
 70. TILLAUX. — *Bull. gén. de thérapeutique*. Paris, 1871, p. 209, traité d'anatomie topographique.
 71. TUBBY. — *Britische Méd. journal*, 1897, t. II.
 72. TUFFIN. — *Bull. Soc. chirurgicale*, 1884 et 1873.
 73. VELPEAU. — *Gaz. hôp.*, 1841. Dict. Art. hernie.
 74. VILLEMEN. — Le canal vagino-péritonéal. — Diagnostic du traitement de la hernie et de l'hydrocèle congénitales. Paris, 1904.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Historique	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	14
CHAPITRE III. — Observations	19
CHAPITRE VI. — Pathogénie	41
CHAPITRE V. — Etude clinique	47
CHAPITRE VI. — Diagnostic. — Pronostic. — Traitement	51
CONCLUSIONS	57
